

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Christina Baum, Martin Sichert, Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/3413 –**

Geänderte Normwerte des Blutzuckers und Auswirkungen auf Diabetes-Diagnosen

Vorbemerkung der Fragesteller

Mehr als 70 Millionen Menschen in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert und haben Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung gemäß § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html). Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) befinden sich auf Rekordwerten und stiegen 2024 um rund 5 Mrd. Euro auf 58,4 Mrd. Euro, wobei Diabetes-Medikamente einen signifikanten Anteil ausmachen (www.aok.de/pp/gg/daten-und-analysen/gkv-arzneimittelkosten/). Gemäß dem Geschäftsbericht 2024 der Deutschen Diabetes-Hilfe leben in Deutschland rund 11 Millionen Menschen mit Diabetes, einschließlich einer Dunkelziffer von ca. 2 Millionen unerkannten Fällen (www.diabetesde.org/ueber_uns/geschaeftsberichte). Jede Minute kommt eine Neuerkrankung hinzu. Der Blutzuckerwert – insbesondere der Nüchtern-Blutzucker, der postprandiale Wert und der Langzeitwert HbA1c – dient der Ausschließung oder Diagnose einer Diabetes-Erkrankung und gibt den Glukosegehalt im Blut an. Änderungen an diesen Normwerten, wie sie von Fachgesellschaften wie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) basierend auf internationalen Standards (z. B. Weltgesundheitsorganisation (WHO), American Diabetes Association (ADA)) vorgenommen werden, können Auswirkungen auf Diagnosezahlen und Arzneimittelausgaben haben.

1. Hat die Bundesregierung Kenntnis davon (einschließlich genauer Daten), wann, wie oft, und aus welchen wissenschaftlichen Gründen (z. B. basierend auf Studien oder Leitlinien der DDG) es in den letzten 20 Jahren zu Anpassungen der Normwerte für Blutzucker (insbesondere Nüchtern-Blutzucker, postprandialer Wert und HbA1c) kam?

Die von den einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Normwerte für Laborwerte des Zuckerstoffwechsels sind öffentlich zugänglich und recherchierbar. Die hierfür maßgeblichen wissenschaftlichen Grundlagen können über die Internetseiten der betreffenden Fachgesellschaften, über die

auf dem Internetportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) publizierten Leitlinien oder über medizinische Literaturdatenbanken eigenständig eingesehen werden.

2. Wenn die Frage 1 bejaht wird, führten solche Anpassungen der Normwerte nach Kenntnis der Bundesregierung zu einer signifikanten Zunahme der Diagnosezahlen für Diabetes (insbesondere Typ 2), und wenn ja, in welchem Ausmaß?
3. Bei wieviel Prozent der Menschen in Deutschland führten die Veränderungen der Normwerte für Blutzucker (z. B. Einführung des HbA1c als Diagnosekriterium 2010) nach Kenntnis der Bundesregierung dazu, dass sie als behandlungsbedürftig (z. B. mit Medikamenten wie Metformin) galten?
4. Wie entwickelte sich nach Kenntnis der Bundesregierung der prozentuale Anteil der Menschen in Deutschland in den letzten zehn Jahren, die einen erhöhten Blutzucker (insbesondere bei Typ-2-Diabetes) aufweisen und dadurch behandlungsbedürftig sind (bitte nach Messarten, also z. B. Nüchtern- vs. HbA1c-Wert, differenzieren)?

Die Fragen 2 bis 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Seit Beginn der 2000er Jahre erfolgt die Diagnose eines Diabetes mellitus auf Basis von in internationalen und nationalen Leitlinien vereinheitlichten Grenzwerten des Nüchtern-Blutzuckers, des 2-Stunden-Blutzuckerwertes nach einem oralen Glukosetoleranztest oder bei Vorliegen klassischer Diabetessymptome auf Basis von Gelegenheits-Blutzuckerwerten. In den Jahren 2010/2011 wurde ein Grenzwert des Hämoglobin-A1c (HbA1c) als Blutzucker-Langzeitwert als zusätzliches Diagnosekriterium eingeführt. Dies wurde durch eine bessere Verfügbarkeit und internationale Standardisierung der HbA1c-Messmethode möglich. Dabei gilt, dass bei Personen ohne klassische Symptome mindestens zwei Werte (Wiederholungsmessung eines Kriteriums zu einem anderen Zeitpunkt bzw. Messung eines anderen Kriteriums zum gleichen Zeitpunkt) erforderlich sind. Diese Diagnosekriterien gemäß den aktuellen internationalen Leitlinien sowie der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes gelten weiterhin.

Da individualmedizinisch die oben genannten Kriterien in unterschiedlicher Kombination zur Diabetesdiagnose herangezogen werden, lässt sich auf Grundlage vorliegender wissenschaftlicher Daten nicht quantifizieren, ob und in welchem Ausmaß die Einführung des HbA1c-Kriteriums zu einer Zunahme des diagnostizierten Diabetes oder des Anteils der als behandlungsbedürftig geltender Menschen in den letzten 10 bis 20 Jahren in Deutschland beigetragen hat.

5. Um wie viel Prozent sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für blutzuckersenkende Medikamente (z. B. für Diabetes Typ 2, wie Metformin oder andere Antidiabetika) für die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten zehn Jahren gestiegen (bitte absolute Zahlen und Quellen, z. B. GKV-Statistiken, angeben)?

Die genannten Zahlen sind unter www.arzneimittel.wido.de/PharMaAnalyst öffentlich zugänglich und können mit dem ATC-Code A10 recherchiert werden.

6. Wenn es nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren eine starke Zunahme der behandlungsbedürftigen Patienten mit erhöhtem Blutzucker (insbesondere Diabetes Typ 2) gab, wie erklärt die Bundesregierung diese Entwicklung (z. B. durch demografische Faktoren, Lebensstiländerungen, verbesserte Diagnostik oder Normwertanpassungen)?

Zu einer etwaigen Zunahme des Anteils der als behandlungsbedürftig geltenden Menschen mit erhöhten Blutzuckerwerten in den letzten zehn Jahren liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Auf die Antwort zu den Fragen 2 bis 4 wird verwiesen.

Auf der Grundlage von Daten aus Befragungssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) kann abgeschätzt werden, dass die Häufigkeit des diagnostizierten Diabetes in der Bevölkerung (Prävalenz) in den Jahren von 2003 bis 2024 von 5,8 Prozent auf 10,3 Prozent angestiegen ist (einsehbar unter www.gbe.rki.de/diabetes-praevalenz). Diese Zunahme kann verschiedene Ursachen haben. Da die altersstandardisierten Prävalenzen im genannten Zeitraum nur von 6 Prozent auf 9,7 Prozent anstiegen, kann abgeschätzt werden, dass die demografische Alterung etwa ein Fünftel des Gesamtanstiegs erklärt. Darüber hinaus können neben veränderten Diagnosekriterien vor allem eine verbesserte medizinische Versorgung und die damit verbundene längere Überlebenszeit von Menschen mit einem diagnostizierten Diabetes, eine Verschiebung des Anteils von unerkanntem Diabetes hin zum diagnostizierten Diabetes durch eine verbesserte Früherkennung sowie ungünstige Lebensstilveränderungen in der Bevölkerung eine Rolle spielen (siehe www.gbe.rki.de/diabetes-praevalenz).

7. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung ggf., um durch präventive Ansätze (z. B. Förderung von Ernährungsumstellung, Bewegung oder Früherkennungsprogramme) die Prävalenz von Diabetes Typ 2 zu senken und dadurch die Abhängigkeit von medikamentösen Behandlungen zu reduzieren, im Sinne einer wirtschaftlichen Versorgung gemäß § 12 SGB V?

Die Bundesregierung verfolgt einen krankheitsübergreifenden Ansatz zur gemeinsamen Prävention von bevölkerungsmedizinisch wichtigen nichtübertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen oder Diabetes mellitus. Dabei stehen die gemeinsamen lebensstilbezogenen Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Übergewicht sowie Tabak- und Alkoholkonsum im Fokus. Mit dem Nationalen Aktionsplan IN FORM, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, fördert die Bundesregierung Maßnahmen für einen gesunden Lebensstil in allen Lebenswelten. Damit sollen Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten vermieden werden. Eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie Bewegung im Alltag und Sport können zur Vorbeugung von Übergewicht und Adipositas sowie von dadurch begünstigten Folgeerkrankungen beitragen, zu denen auch Diabetes mellitus Typ 2 zählt.

Zur Förderung ausreichender körperlicher Aktivität setzt die Bundesregierung eine Vielzahl von Maßnahmen um. So wurden bei dem im Jahr 2023 beendeten, vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten sektorenübergreifenden „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“ über 40 relevante Institutionen aus Bund, Ländern, Kommunen, Verbänden und weiteren Interessensgruppen zusammengebracht, um sich gemeinsam zu verständigen, wie Bewegung und ein aktiver Lebensstil bei allen Menschen in Deutschland gestärkt werden. Ergebnis dieses Prozesses sind konkrete Vereinbarungen von beteiligten Akteuren zur Umsetzung erfolgsversprechender Maßnahmen zu Bewegungsförderung für alle Altersgruppen und ihre Lebenswelten. Die erzielte Vernetzung soll fortgesetzt und verstetigt werden, um so nachhaltige Verbesserung des Bewegungs-

verhalten und der -verhältnisse zu bewirken. Die Bedarfe der vulnerablen, benachteiligten Gruppen stehen dabei im Vordergrund.

Ergänzend dazu klärt das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit über verschiedene Medien und Multiplikatoren zum gesundheitsförderlichen, aktiven Lebensstil und zu lebensstilbezogenen Risikofaktoren auf, zum Beispiel auf www.diabinfo.de, www.uebergewicht-vorbeugen.de und www.rauchfrei-info.de.

Nach § 20 Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sehen die Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Ziel der durch die Krankenkassen unterstützten individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen ist es, Versicherte zur kritischen Reflexion ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens und ihrer gesundheitlichen Situation anzuregen, Anreize zur Stärkung ihres selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns zu bieten und so Krankheitsrisiken zu verhindern bzw. zu vermindern. Angesichts der zentralen Bedeutung von Bewegung und Ernährung für die Gesundheit erbringen die Krankenkassen auf der Grundlage der im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen für alle Krankenkassen verbindlichen Kriterien Leistungen mit dem Ziel der Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme und zur Förderung einer gesundheitsgerechten und ökologisch nachhaltigen Ernährung.